

Méditer empêche de déprimer, la preuve par le scanner

Planetesanté Pulsations - juillet-août 2012

« On peut entraîner l'esprit comme on entraîne un muscle ou un geste dans un sport. » Le Dr Guido Bondolfi, médecin adjoint agrégé au service des spécialités psychiatriques, applique sa maxime depuis plus dix ans avec les patients qu'il suit. Responsable du programme dépression, il a mis sur pied des séances de groupe fondées sur une méthode dite de pleine conscience (mindfulness). « Des exercices de méditation sont enseignés afin d'être plus attentif au moment présent et de tenir à distance les émotions négatives », explique-t-il.

Eviter la spirale de la déprime

Cette pratique est particulièrement bien adaptée aux personnes dépressives qui tombent facilement dans le piège des pensées négatives. En effet, la dépression est une maladie multirécidiviste : la moitié des personnes qui en font une, en fera une ; après deux épisodes dépressifs, on note 70% de rechutes ; après trois, ce chiffre s'élève jusqu'à 90%. « C'est un peu comme si chaque dépression en appelait une nouvelle », note le Dr Bondolfi. Alors qu'un facteur de stress comme un deuil, une séparation ou la perte de son emploi, peut déclencher la première crise, ce n'est pas toujours le cas pour les suivantes. « Une petite variation d'humeur suffit à provoquer le processus de la rechute. Ces personnes sont happées automatiquement par des pensées, émotions ou sensations négatives, ce qui réactive la spirale de la déprime. »

Le programme s'adresse à des candidats en rémission, mais qui ont déjà fait deux ou plusieurs dépressions et redoutent le retour de la tempête. Il se déroule sur huit semaines au rythme d'une séance hebdomadaire en groupe, de deux heures, animée par un psychiatre ou un psychologue, et complétée par 45 minutes d'entraînement quotidien. « La prise de conscience permet de répondre aux événements au lieu d'enclencher automatiquement des ruminations », détaille le psychiatre. Et les résultats sont probants : le taux de rechute à un an diminue presque de moitié, passant de 63% à 36%.

Zone activée

Fort du succès clinique et de l'intérêt des patients, le Dr Bondolfi vient de mener une étude (lire l'encadré ci-contre) avec l'équipe du Pr Patrik Vuilleumier, directeur du Centre des neurosciences de l'Université de Genève et codirecteur du laboratoire du cerveau et du comportement humains. Les participants ont passé une IRM fonctionnelle du cerveau avant les huit semaines de méditation et une autre après. Là aussi les images sont parlantes. « Plus les personnes étaient anxieuses et dépressives, plus l'effet de la méditation était important sur une région du cortex frontal médial. Avant sans réponse, après nettement plus activée », relève le neurologue. Et le Dr Bondolfi de conclure : « Nous commençons à comprendre quels sont les mécanismes cérébraux impliqués. A l'avenir, le but sera de déterminer avec précision les patients pour lesquels cette méthode a le plus de bénéfices. »

cerveau_déprimé

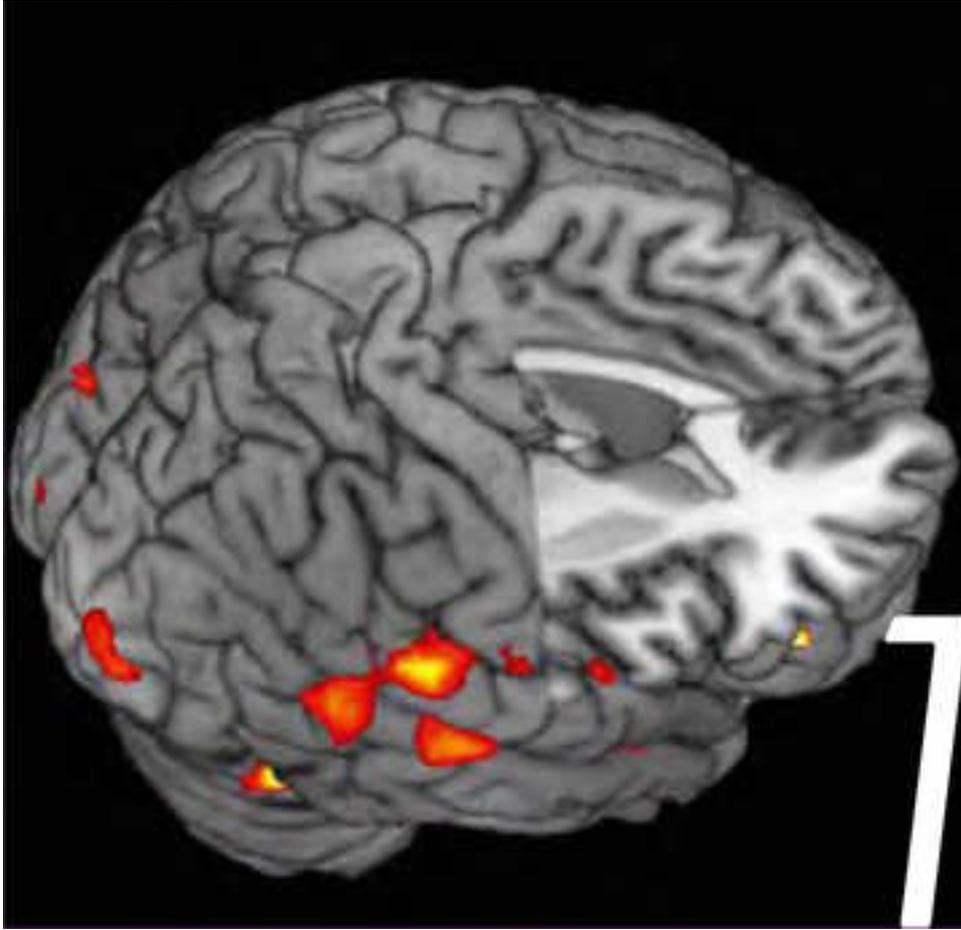
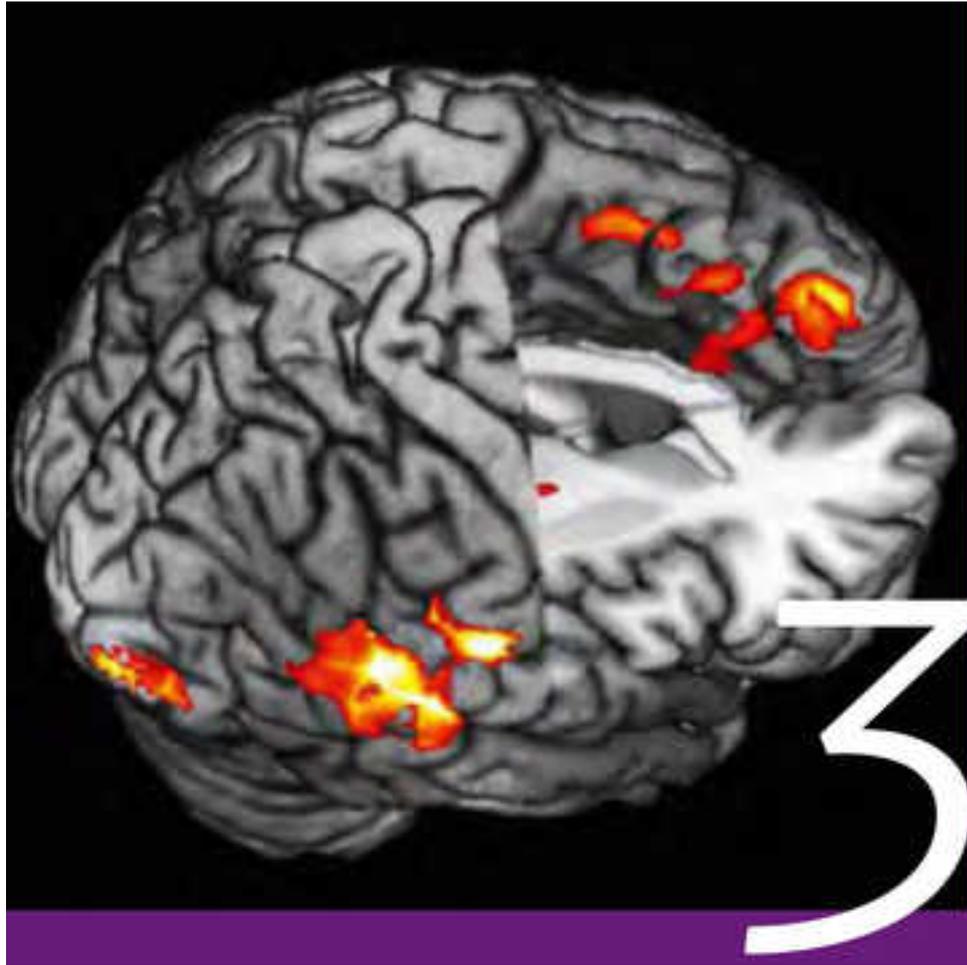


Image du cerveau

des personnes ayant souffert de plusieurs dépressions lors de leur premier scanner (moyenne statistique du groupe). A la vision de scènes émotionnelles, on constate uniquement une activation du cortex visuel et temporal postérieur (zones orangées du bas), qui est responsable de la détection et de la reconnaissance des émotions.

D.R. Groupe de méditation

Durant huit semaines, ces personnes ont ensuite pratiqué la méditation. Ces séances, fondées sur la méthode dite de pleine conscience, ont pour but de se concentrer sur ce que l'on fait dans le moment présent et d'observer ses sensations et ses émotions de façon détachée.



cerveau_après

Image du cerveau, lors du deuxième scanner, après les huit semaines de méditation. On observe cette fois en plus une activation des régions frontales médiales (zones orangées du haut), qui sont impliquées dans la régulation des émotions.

D.R. Exploration cérébrale

L'étude menée par le D^r Guido Bondolfi et le Pr Patrik Vuilleumier, était composée de deux groupes : dans le premier, des personnes ayant fait plusieurs dépressions ou souhaitant apprendre à mieux gérer leur stress et participant au programme de méditation HUG ; dans le deuxième, des non malades ne suivant aucun traitement (groupe contrôle).

Ces deux groupes ont passé un scanner à deux reprises, à distance de huit semaines. Cet examen, entrecoupé par des séances de méditation pour le premier groupe et par aucune thérapie pour le deuxième, visait à mesurer l'activité cérébrale dans trois différentes conditions : au repos, lors d'une tâche attentionnelle, comme détecter des formes apparaissant sur un écran, et pendant une vidéo montrant des scènes de joie ou de colère. « Au cours des trois situations, nous avons constaté dans le premier groupe des modifications dans des régions frontales médiales du cerveau liées à l'introspection et à la régulation des émotions. Cet effet était le plus marqué chez les patients ayant souffert de plusieurs dépressions, notamment dans une zone du cortex cingulaire antérieur. Cette région était nettement plus activée après. La pratique de la méditation

leur a permis de mieux contrôler leurs émotions », explique le Pr Vuilleumier
logo_pulsation

Méditer pour éviter les rechutes dépressives

La méditation en pleine conscience serait-elle une alternative aux antidépresseurs ? Pas dans toutes les phases d'une dépression ni pour tous les patients. Mais dans le cadre de la prévention des rechutes dépressives, cette méthode dérivée du bouddhisme a le vent en poupe.

Des études prouvent que la méditation en pleine conscience est une approche efficace pour prévenir les récurrences dépressives. Le Dr Guido Bondolfi, psychiatre-psychothérapeute aux HUG et spécialiste de la dépression, l'a découverte auprès de psychiatres du Canada anglophone il y a une dizaine d'années. Plus connue sous le terme *mindfulness*, cette approche consiste à être pleinement conscient de l'état de son esprit dans le moment présent.

La dépression est malheureusement une maladie récurrente, puisqu'on sait que les troubles dépressifs majeurs récidivent dans près de la moitié des cas après un premier épisode. Et, plus on a fait d'épisodes, plus on risque de rechuter. Les chiffres sont parlants puisque ce risque s'élève à 70% après deux épisodes pour atteindre 90% après trois épisodes.

Face à cette vague de rechutes, l'idée de la pratique de cette forme de méditation qu'est le *mindfulness*, et qu'il ne faut pas confondre avec de la relaxation, est de développer une sorte d'entraînement de l'esprit qui permette au patient de reconnaître les mécanismes qui annoncent le retour de la maladie. Tout en se tenant à l'écart du précipice, sans enclencher de réaction automatique, alors que ses tendances habituelles sont le contrôle ou la fuite. Eviter de ruminer sans fin

Les dépressifs tombent facilement dans le piège des pensées ou émotions négatives accompagnées de sensations physiques désagréables. Quand ils sont confrontés à un état de tristesse transitoire ou à une baisse de l'humeur, ce tourbillon négatif peut réactiver la spirale de la déprime et déclencher une rechute. Pour le Dr Guido Bondolfi, « la méditation permet de se concentrer sur le présent, de se tenir à l'écart des ruminations négatives et de se déconnecter de cette spirale. En étant plus attentifs au moment présent, les patients parviennent à reconnaître ces ruminations dès leur apparition. » Pour ne pas se laisser envahir par elles et prendre de la distance, ils apprennent à se recentrer, notamment sur leur respiration. « L'idée est de ne pas laisser partir les pensées, de ne pas ruminer sans fin, ajoute le spécialiste. Mais d'être pleinement connecté à l'expérience présente, de mieux parvenir à identifier ses pensées, ses émotions et ses sensations corporelles. Cette prise de conscience permet de répondre aux événements avec une certaine distance au lieu d'y réagir automatiquement. » Le psychiatre genevois précise également qu'il faut démystifier cette approche issue de la méditation bouddhiste et lui enlever sa dimension exotique : « c'est une approche clinique de la méditation que nous proposons dans nos thérapies de groupe, une tradition millénaire édulcorée à visée thérapeutique. » Il ne s'agit donc pas de devenir bouddhiste pour les dépressifs qui adoptent le *mindfulness* !

Pratiquer la méditation chez soi aussi

Le Département de sante mentale et psychiatrie des HUG propose un programme de 8 semaines de psychothérapie cognitive intégrant le mindfulness, à raison de deux heures hebdomadaires. Divers exercices de méditation sont enseignés aux patients. Les candidats ne sont pas en plein épisode dépressif, mais redoutent plutôt le retour de la tempête. « La dépression est une affection qui se caractérise par un très haut risque de rechutes, précise le Dr Guido Bondolfi, une vulnérabilité cognitive caractérise donc nos patients qui passent par des phases de fragilité. Les groupes que nous proposons sont destinés à des patients ayant souffert de dépression mais qui sont pour l'instant en rémission. Et nous constatons un impact positif de la méditation, avec une réduction des risques de rechute. » Pendant les deux mois de thérapie, ils s'engagent à pratiquer quotidiennement 45 minutes de mindfulness chez eux. « Nous les encourageons à continuer cette pratique à la fin du programme. L'idée est vraiment qu'ils deviennent autonomes », conclut le psychiatre.

MBCT et ruminations mentales

”N.Daki, Mondeo Publishing, le monde vu par les sciences”

Le mal-être du « trop penser » Cogiter, repenser, ressasser, bref, ruminer. Nous avons tous vécu de tels moments. Cependant, suite à une émotion ou une contrariété du quotidien, certaines personnes ne peuvent cesser leur réflexion. Ces athlètes involontaires du cogito, héros d'une histoire dont ils sont l'unique narrateur et spectateur, expriment un mal-être moderne, peu connu et pourtant dangereux : le « trop penser ». Par Nadia Daki

Joëlle a 36 ans. Elle travaille dans un cabinet d'avocats. Lors d'une réunion, elle ère dans ses pensées. Un flot de sentiments négatifs l'envahit alors : « Ce travail ne me plaît pas. Je voulais être institutrice. De toute façon, je suis inutile dans ma mission, je mériterais d'être renvoyée. Ces dernières années, j'ai manqué l'essentiel. Mon mari est bien trop souvent en voyage d'affaires, je suis sûre qu'il me trompe. » Joëlle est-elle une éternelle insatisfaite ? Se fait-elle du souci à tort ou à raison ? Peu importe que ses doutes soient fondés, car Joëlle souffre d'un mal contemporain : l'overthinking ou autrement dit, la « rumination mentale non-stop ». « Il suffit parfois d'un petit évènement insignifiant pour provoquer des heures de torture mentale de ce type, explique Susan Nolen-Hoeksema, professeur de psychologie à l'université du Michigan, aux États-Unis, et auteur d'un ouvrage sur le sujet (1). Après avoir étudié 1300 personnes choisies au hasard, ce chercheur a découvert que 63 % des jeunes adultes et 52 % des quadragénaires ont tendance à ruminer, composante essentielle de l'overthinking. Tous ne sont pas des « overthinkers » pour autant. En effet, l'overthinker examine continuellement ses pensées et sentiments négatifs. Comme une pâte à laquelle on ajoute de la levure, nos pensées négatives augmentent de volume et finissent par prendre progressivement toute la place dans notre esprit. Au début, on se focalise sur l'évènement qui vient de se produire (dispute, frustration, etc.) mais peu à peu, on glisse vers d'autres situations (passées, présentes), brassant pêle-mêle nos doutes les plus intimes. En sautant d'une pensée à une autre, sans lien direct entre elles, on risque

d'amplifier de petits problèmes ou d'en créer qui n'existent pas. « L'overthinking est un problème dangereux, poursuit Susan Nolen-Hoeksema. En plus de rendre la vie difficile, il complique nos relations avec autrui et contribue, dans certains cas, à de graves troubles comportementaux ou mentaux tels que l'anxiété, l'alcoolisme ou la dépression. »

Une malédiction féminine ? D'après une autre étude menée par Susan Nolen-Hoeksema (2), les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à ruminer lorsqu'elles sont tristes, anxieuses ou déprimées. Selon elle, cette tendance s'explique essentiellement par l'éducation. « Dès leur plus jeune âge, les femmes sont encouragées à exprimer leurs émotions, à parler de leurs difficultés et à écouter les autres, précise-t-elle. En revanche, on se moque d'un garçon qui pleure et on le pousse à réagir autrement, de façon moins émotive. » Cette hyperémotivité pousse plus volontiers le genre féminin à se remettre continuellement en question et à s'interroger sur leurs décisions. Selon l'auteur, les femmes et les hommes ne se définissent pas de la même façon par rapport au monde extérieur. Elles se positionnent plus par rapport aux autres. Leur propre image est d'avantage fondée sur les opinions d'autrui. Elles peuvent ainsi vouloir étudier plus souvent l'état de leurs relations en prenant le risque de s'angoisser lors d'un changement. Et enfin, elles ont plus tendance que les hommes à confondre leurs propres sentiments avec ceux des autres. Certains psychanalystes soulignent également cette différence de réaction qu'ont les hommes et les femmes face à l'overthinking mais ne défendent pas pour autant l'idée que les femmes « se prendraient plus la tête » que les hommes. Face à la rumination mentale, les hommes ignoreraient tout simplement le problème s'ils ne trouvent pas de solution immédiate tandis que les femmes vont tenter de trouver des explications, des solutions. Pour d'autres, cette différence de comportement serait due au fait que les événements liés à une émotion (positive ou négative) sont plus fortement ancrés dans le cerveau féminin. En effet, les femmes ne se souviennent-elles pas mieux que les hommes des dates d'anniversaire, de certains événements ? Pour l'heure, aucune étude scientifique n'a pu montrer de différence entre hommes et femmes dans la suractivité cérébrale et notamment dans la rumination mentale. En tout cas, l'un des carburants incontestable de l'overthinking, c'est la peur. Qui n'est pas pris de panique face à une situation qui lui échappe complètement ? La différence entre une personne « overthinker » et une autre, c'est la façon dont elles vont faire face à cette situation : la première sera complètement submergée par sa peur et va activer sa « roue » mentale. La seconde échappera à cette tendance d'agitation mentale. Mais l'overthinking est un mécanisme multi déterminé qui peut s'expliquer par plusieurs facteurs. 63% des jeunes adultes et 54% des quadragénaires ont tendance à ruminer et les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à ruminer lorsqu'elles sont tristes ou déprimée. La tyrannie de l'ego L'individualisme moderne est un des quatre facteurs culturels pouvant expliquer l'apparition de ce phénomène d'overthinking. Selon Susan Nolen-Hoeksema, nous sommes devenus plus nombrilistes et passons notre temps à disséquer ce que nous ressentons, à guetter le moindre sentiment de tristesse ou d'anxiété, en oubliant qu'ils sont provoqués la plupart du temps par des événements insignifiants. Le manque de valeurs et la quête de récompense sont deux autres facteurs. Contrairement aux anciennes générations, nous passons notre temps à contester ou à mettre en doute un certain nombre de références : foi, patriotisme, humanisme, etc. On doute de nos motivations, de nos désirs, de notre jugement. On anticipe les choix à faire, regrettant les erreurs commises dans le passé, scrutant l'avenir. Quatrième facteur favorisant la

rumination : le besoin de palliatifs. Lorsque les ruminations deviennent incessantes et qu'elles tournent en boucle, le recours à l'alcool ou aux médicaments peut apparaître comme étant la seule solution pour cesser ce trop plein d'idées noires. Il ne faut surtout pas confondre cette rumination excessive avec l'anxiété, précise la psychologue. Même s'il y a quelques points communs apparents, les syndromes sont très différents. Les « overthinkers » sont convaincus que le pire est déjà arrivé, ils se focalisent sur des situations du passé qu'ils auraient voulu différentes. Ils ne sont pas dans le « Et si ? ».

S'aérer l'esprit... Des solutions ? Il faut s'occuper l'esprit autrement. Faire du sport, se relaxer, méditer, se concentrer sur la préparation d'un plat compliqué ou encore jardiner. Et à en croire Susan Nolen-Hoeksema, mieux vaut ne pas partager ses soucis pendant des heures avec ses amis car cela ne ferait qu'accentuer les ruminations a posteriori.

Pour ne pas sombrer dans la dépression Le danger est réel, près de 45 % des personnes s'adonnant à la rumination non-stop présentent des signes de névrose dépressive sévère. Mais pourquoi se laisser aller à ce comportement destructeur ? Parce que l'organisation et le fonctionnement du cerveau facilitent la rumination. Tous nos souvenirs ou pensées sont étroitement liés grâce à des réseaux complexes. Ainsi nous sommes capables d'établir des similitudes entre plusieurs situations, mais le danger est que cela favorise les tendances à la rumination. Cette rumination d'idées négatives a été associée à une implication accrue des régions cérébrales souvent associées à la tristesse, constate Philippe-Olivier Harvey, chercheur en neurosciences à l'université McGill de Montréal, au Canada. « L'une des hypothèses est que la suractivation de ces régions (l'amygdale et le cortex préfrontal) nuit au bon fonctionnement des régions dites « cognitives » tels que le cortex frontal dorsolatéral et le cortex cingulaire antérieur, impliqués la mémoire, l'attention et la planification. Autrement dit, un déprimé qui rumine solliciterait trop de ressources cérébrales pour le fonctionnement des régions émotionnelles et pas assez pour les régions cognitives, d'où les déficits de mémoire et de concentration. » Il semblerait donc que la rumination soit un facteur favorisant la dépression. De plus, certaines études suggèrent que ces deux mécanismes mettent en jeu des processus cérébraux similaires : notamment, une suractivité de certaines aires cérébrales.

Un cerveau qui travaille trop Une équipe franco-canadienne a montré récemment, par imagerie cérébrale, que les personnes déprimées activent davantage leur cerveau et fournissent un effort plus soutenu que les sujets non déprimés, lors de tâches de mémorisation à court terme, (3). « Quand on réalise une tâche cognitive, on active certaines régions et on désactive celles qui sont inutiles, explique Philippe Fossati, co-auteur de l'étude et chercheur au laboratoire « Vulnérabilité, adaptation et psychopathologie » (CNRS et universités de Paris 6 et 7). Les déprimés ont plus de mal à désactiver ces régions inutiles, peut-être est-ce la rumination qui les en empêche ? Mais elle pourrait également expliquer le maintien de la dépression en empêchant l'accès aux souvenirs spécifiques et aux aspects positifs de la personnalité. » Que ce soient les « overthinkers » ou les déprimés, leur cerveau n'est jamais au repos, il fonctionne en boucle. « Les déprimés ne sont pas des fainéants, lance Philippe Fossati. C'est comme si leur cerveau s'engageait dans un marathon au rythme d'un 100 mètres, d'où l'épuisement lié à la dépression ! » Le fait de ne pas pouvoir arrêter ce processus pernicieux de ruminations pourrait être lié à une activité anormale de l'amygdale et du

cortex préfrontal. Faute d'explications scientifiques, les overthinkers n'ont pas le choix : mieux vaut se vider la tête. ♦

Lien entre Déprime et mémoire à court terme Régions montrant une activation accrue chez les patients déprimés par rapport aux sujets témoins lors de la réalisation de la tâche de mémoire à court terme. Les régions en rouge désignent le cortex préfrontal dorsolatéral (CPFDL) et le cortex cingulaire antérieur (CCA). ♦

Méditation et dépression.

Sylvain Michelet.

Ce n'est pas seulement sur le terrain de la recherche, en passant des « méditants » au scanner pour étudier les zones actives de leur cerveau que la médecine occidentale s'ouvre à la pensée bouddhiste. En thérapie aussi les liens se tissent. Le plus souvent sous forme d'emprunts, comme l'a montré au printemps 2006, à Montpellier, le Forum International Bouddhisme et Médecine, consacré à la dépression.

Convenons-en : si les rapports entre bouddhisme et médecine occidentale éveillent la curiosité, la dépression, elle, n'est pas un sujet vraiment folichon. Annonceur de tempête, le mot lui-même évoque l'effondrement. On voit s'ouvrir un gouffre, fait de nuits agitées et de réveils sans envie, d'idées noires face auxquelles on ne peut réagir, et finalement, au « fond du trou », une hébétude proche de l'abrutissement. La dépression fait peur.

À juste titre, si l'on s'en tient aux chiffres. Selon l'OMS, 5 % des personnes habitant les pays « développés » en souffrent aujourd'hui, et 17 % - une sur six - en subiront au moins une au cours de leur vie. Pire encore, ne cessant de progresser, elle devrait constituer en 2020 la deuxième cause d'invalidité après les cardiopathies, alors qu'elle occupe la quatrième place aujourd'hui. De nombreuses autres statistiques pourraient noircir le tableau, surtout venant de France où 17,3 % des hommes et 31,3 % des femmes avaient acheté en 2000 au moins une boîte de médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs), un record mondial qui se maintient année après année, tandis que le taux de suicide approche des sommets.

Le trou noir de la dépression

Attention, on ne parle pas ici de déprime, mais de dépression véritable, ou "épisode dépressif majeur" dans le jargon des spécialistes (voir encadré). Et s'il est une affection qu'on peut qualifier d'« holistique », la voici. « La dépression n'est pas une maladie mentale, rappelle le docteur Pierre Philippot, professeur de psychologie à l'université de Louvain (Belgique), c'est un syndrome qui touche l'être dans son intégralité. » On souffre affectivement, déjà, bien plus que dans une simple déprime : on se sent triste, vide, incompetent ou même désespéré, on manque d'enthousiasme, on perd tout intérêt pour ce qui passionnait auparavant. A ces symptômes viennent s'ajouter des troubles dits « cognitifs » (perte d'attention et de mémoire, incapacité à se concentrer), mais aussi

comportementaux (apathie) et physiques (perte ou gain de poids, augmentation du sommeil).

Un épisode dépressif majeur se soigne relativement facilement. Grâce aux médicaments, bien sûr, même s'il faut compter avec les effets secondaires des antidépresseurs, et prévenir contre l'usage des anxiolytiques, contre-indiqués mais souvent prescrits car présentant moins de risques, vu leur action plus rapide. Les psychothérapies donnent également de bons résultats, principalement la psychologie cognitive, peut-être parce qu'elle se pose les bonnes questions : à quoi, et comment, pensent les dépressifs ?

La nouvelle explication cognitiviste

En effet, dès sa création par le neurologue américain Aaron Beck, la psychologie cognitive - qui s'occupe de la façon dont les gens apprennent et savent - a estimé que la dépression résultait d'une manière biaisée de penser. Cette « distorsion cognitive » est, évidemment, influencée par des croyances ou des opinions résultant d'expériences, souvent vécues dès l'enfance. Une mise en compétition permanente avec un frère ou une sœur, par exemple, nous apprendra que nous ne méritons pas d'être aimé si nous ne sommes pas le meilleur. Comme il est impossible d'être le meilleur en tout, il en résultera un apprentissage de l'évitement des situations, un cercle vicieux qui convainc rapidement qu'on est nul.

« La nouveauté dans la compréhension de la dépression, explique Pierre Philippot, le psychologue de Louvain, ce sont les études qui ont montré que certaines manières de réfléchir sur les expériences personnelles pouvaient précipiter ou maintenir des états émotionnels négatifs, principalement la dépression. C'est notamment le cas de ce qu'on appelle la « rumination mentale », cette manière analytique et abstraite de se poser sans cesse des questions sur le pourquoi de son état, d'essayer d'en comprendre les causes et de penser et repenser aux conséquences. « Mais pourquoi est-ce que je me sens si triste, et que va-t-il arriver si ça continue ? » Ce mode de fonctionnement mental est caractérisé par l'apparition et le maintien d'émotions négatives, car presque systématiquement les personnes ne trouvent pas de réponses satisfaisantes à leurs questions. »

Reste à savoir comment en changer. Face à un épisode dépressif majeur, la thérapie cognitive sait faire, et elle procède par petites touches. À chacune des pensées et émotions négatives que le patient rapporte - « j'ai raté ceci, ma vie est nulle, je ne mérite pas d'être aimé » -, le thérapeute propose d'appliquer une réflexion rationnelle, visant à faire la part entre les faits et les idées. On établit des listes. De séance en séance, le patient est invité à repérer les comportements et les situations qui lui assombrissent l'humeur, et des indications lui sont données sur la manière de les changer. Le plus souvent, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, les résultats sont au rendez-vous et le patient repart content.

Le problème de la rechute

Mais comment éviter la rechute ? C'est en fait le problème principal, car si l'on parvient sans trop de difficulté à résorber un épisode majeur, il y a trop souvent récurrence. Toutes thérapies confondues, 50 % des gens ayant souffert d'une dépression en subissent une autre dans les années qui suivent, et le taux passe à 70 % pour ceux qui en ont connu deux, et à 90 % après la troisième fois. Plus grave encore, ces rechutes ont besoin de

moins en moins de raisons, d'événements pénibles ou stressants, pour se déclencher.

C'est autour de ce constat que se réunissent, dans les années 90, les professeurs et chercheurs Zindel Segal, Mark Williams et John Teasdale, trois docteurs en psychologie, responsables de divers programmes en thérapie cognitive, à Toronto, Oxford et Cambridge. La thérapie cognitive s'avère plus efficace que toutes les autres contre la dépression, mais elle souffre de nombreux défauts. Elle est individuelle et longue - donc coûteuse et souvent abandonnée - et elle réussit difficilement, elle aussi, à éviter la rechute, même si elle y parvient mieux que d'autres, avec son taux de récurrence variant de 20 à 35 % selon les études, dans les 12 ou 24 mois suivant la fin des soins, contre 50 à 80 % après l'arrêt d'un antidépresseur. Chargés de mettre au point un programme de soutien à long terme, les trois universitaires décident de se concentrer non plus sur la nature des pensées et émotions des patients, mais sur la façon même dont ils réfléchissent. Autant dire qu'ils s'approchent de la pensée bouddhiste, pour laquelle le changement du regard porté sur soi-même et sur les événements est un but. Mais il leur faudra un détour, et la rencontre avec Jon Kabat-Zinn, qui l'a déjà accompli.

Pleine conscience et grain de raisin

En 1979, le docteur Jon Kabat-Zinn a ouvert la première « clinique de réduction du stress », à l'école de médecine de l'université du Massachusetts. Une clinique de réduction du stress au sein d'un CHU ! « J'avais les diplômes, dit-il pour expliquer comment un tel projet a pu être accepté. Comme j'étais titulaire d'un doctorat en biologie moléculaire obtenu au MIT auprès d'un lauréat du prix Nobel, ils se sont dit que je devais savoir ce que je faisais ! » Il n'a pourtant pas caché sa pratique du bouddhisme, du yoga, des arts martiaux. Et son programme est révolutionnaire, d'autant qu'il s'applique aux patients comme aux thérapeutes, appelés ici « instructeurs » : relaxation, respiration et visualisation, une batterie d'exercices puisés dans le yoga ou la méditation bouddhiste, mais sans référence à ces sources ni même à une quelconque philosophie. Résultat : la réussite sur toute la ligne. En plus du stress, le programme s'ouvre au traitement de l'anxiété, puis à celui de la douleur. Les études viennent confirmer les succès. Jon Kabat-Zinn - aujourd'hui directeur de plusieurs institutions, dont l'association qui organise les rencontres annuelles entre le Dalaï Lama et les scientifiques - en profite pour affiner les concepts, et notamment celui de « pleine conscience », au centre de sa démarche et directement inspiré du bouddhisme. La « pleine conscience », en anglais « mindfulness ». C'est en effet le cœur de l'affaire... mais qu'est-ce que ça veut dire, et comment y accéder ? La traduction est peu parlante, reconnaît Jon Kabat-Zinn, pour qui l'espagnol « presencia mental » ne convient guère mieux, seul l'italien « consapevolezza » trouvant grâce à ses yeux. Dans son livre, il explique : « La pleine conscience signifie être attentif d'une manière particulière : délibérément, dans le moment présent et sans jugement. » On aura compris qu'il s'agit d'un état de présence consciente à soi-même, mais que pour le connaître, il faut autre chose que des mots. Il suffit d'un seul exercice pour comprendre - c'est pour se soigner qu'il en faut beaucoup. Pour illustrer le concept, Jon Kabat-Zinn et ses émules proposent à leurs patients, en guise d'introduction au programme de réduction du stress par la pleine conscience, l'exercice du grain de raisin. Un raisin de Corinthe, qu'il doivent toucher, palper, humer et même écouter, puis sucer, mordre et enfin avaler, en concentrant toute leur attention sur leurs sensations successives.

Méditation versus dépression

De la découverte par les thérapeutes cognitifs de Jon Kabat-Zinn et de son concept naîtra la MBCT, ou « thérapie cognitive basée sur la pleine conscience », appliquée au traitement de la rechute dépressive. La MBCT ne diffère guère de la thérapie contre le stress de Jon Kabat-Zinn. Dans son déroulement, en tout cas. Les patients, dépressifs risquant la rechute ou désirant arrêter les antidépresseurs, sont réunis en groupe d'une vingtaine, deux heures par semaine pendant huit semaines. Ils doivent de plus s'engager à pratiquer individuellement chaque jour, pendant une heure, guidés par des enregistrements audio. Chacune des séances collectives a un but précis. La première, par exemple, permet d'identifier et de commencer à contrôler le « pilote automatique », ce fonctionnement autonome du mental qui, distrayant de la réalité du moment, conduit si facilement à la rumination. Au programme des séances suivantes : « gérer les obstacles » (notamment ceux qui donnent au débutant le sentiment qu'il ne « réussit » pas les exercices), « conscience de la respiration », « rester présent », « permettre/lâcher prise », « les pensées ne sont pas des faits », « comment prendre soin de moi au mieux », et « utiliser ce qui a été appris pour gérer les humeurs futures ». Autant d'étapes progressives d'un chemin vers la sérénité, sinon la sagesse !

Les exercices sont également, sans le dire et via Jon Kabat-Zinn, inspirés du yoga et du bouddhisme. En séances ou à domicile, les patients apprennent le « body scan » (ou balayage progressif, par la conscience, de toutes les parties du corps), le contrôle de la respiration, la marche consciente, l'attention lors d'activités routinières telles que laver la vaisselle, se laver les dents ou manger... « Le message principal est : soyez conscients, laissez aller, écrivent Zindell, Williams et Teasdale. Car ce sont les tentatives continues d'échapper ou d'éviter le malheur, ou d'atteindre le bonheur, qui font tourner les cycles négatifs. Le but du programme est la liberté, pas le bonheur. » Bref, au lieu de ruminer sur le pourquoi et le comment, on apprend à laisser défiler ses pensées, émotions et sensations, comme des nuages dans le ciel, avec une acceptation bienveillante. Et ça marche ! Menées sur plusieurs années, les études ont montré une diminution de moitié des rechutes. A une seule condition : le thérapeute doit devenir instructeur et pour cela, doit lui-même pratiquer. Pas forcément le bouddhisme, d'ailleurs : « J'ai ma propre pratique méditative, que je qualifierais de laïque car elle n'est liée à aucune métaphysique ou spiritualité », déclare Pierre Philippot, qui a introduit la MBCT en francophonie.

Du bouddhisme sans le bouddhisme ?

Il n'est en effet jamais question du bouddhisme lors d'une MBCT. Cependant, la concordance est parfaite entre la recherche clinique, qui fait de la rumination mentale le mécanisme majeur de la dépression, et la seconde Noble Vérité du bouddhisme, selon laquelle la cause de la souffrance est l'attachement. C'est parce qu'on s'acharne à réfléchir sur les raisons de son malheur que l'on devient dépressif, emporté par les émotions négatives que cette réflexion induit. Et le bouddhisme, dont le lama tibétain Sogyal Rinpoché dit que « tout l'enseignement vise la suppression de la souffrance », a de longue date mis au point des pratiques pour contrôler et éliminer ces émotions négatives. « La qualité merveilleuse de l'esprit est qu'il peut être transformé, poursuit le lama. Il dispose pour cela de quatre outils, qui sont autant de remèdes : la raison - qui permet de dégager la réalité des projections de notre esprit -, la méditation - pour mesurer l'évanescence de nos pensées -, la compassion - pour apporter à l'esprit la tendresse -, et la visualisation et les mantras - pour faciliter le travail ! »

« En adaptant les pratiques de méditation et le yoga conscient à un environnement séculier, nous enseignons le bouddhisme sans mentionner le bouddhisme, ajoute Jon Kabat-Zinn Où pourrait-on, mieux qu'à l'hôpital, offrir une approche universelle du soulagement de la souffrance tout en vérifiant son efficacité ? » De là à considérer la dépression comme un bien, il n'y a qu'un pas que certains bouddhistes franchissent presque. Comme la psychologue danoise Lene Handberg - curieusement chargée par son maître Tarab Tulku Rinpoché d'aller enseigner le bouddhisme aux jeunes tibétains en exil, aujourd'hui trop occidentalisés pour accepter l'enseignement classique. « La dépression est une clé pour changer, déclare-t-elle, car elle offre l'occasion de nous écarter de cette réalité conceptuelle, faite de mots, que nous prenons pour la réalité. En nous ramenant à nos sensations, elle nous permet de mesurer l'interdépendance entre les deux : la dure réalité existe, mais si nous refusons de l'identifier à nos états intérieurs, nous pouvons trouver les moyens de la changer, l'unité dans la dualité. » Tous les espoirs sont donc permis, aux déprimés lambda comme aux vrais dépressifs - à condition qu'ils méditent !

MBCT et dépression, mode d'emploi

Face à la dépression, l'arme principale des thérapies cognitives est l'identification de nos pensées automatiques (PA), et de nos schémas, au cours du traitement des informations.

1. Les PA, non volontaires par définition, paraissent plausibles voire évidentes, souvent liées à des émotions. Occupant une petite partie de l'ensemble de nos pensées, elles deviennent quasi permanentes en cas de dépression, de façon auto-dénigrante, et négative concernant l'environnement et le futur. De plus ces PA sont souvent dichotomiques : **"Je dois toujours faire en sorte d'être aimé par tout le monde, je dois toujours faire le bonheur des autres avant le mien, je dois toujours tout contrôler..."**

Ces PA peuvent être mises en évidence par exemple avec la rédaction d'un livre de bord (Beck), ou de questionnaires validés (Hollon et Kendall), avec une attention particulière lors des émotions.

Cette identification des PA est utilisée en thérapie cognitive classique, ainsi qu'en MBCT.

2. Les schémas (Beck) ou postulats silencieux (Ellis) sont moins facilement accessibles à la conscience. Ils contiennent un ensemble de savoirs acquis, déterminés par des expériences précoces, la culture, le milieu social, et sont renforcés par les expériences de la vie quotidienne. Ces "croyances" permettent une adaptation rapide aux événements, mais deviennent dysfonctionnels en cas de rigidité ou de généralisation excessive, avec des thèmes de prédilection : Le perfectionnisme, le besoin d'être approuvé, l'autonomie, l'amour...

La MBCT, thérapie cognitive par définition, mentionne les propositions suivantes, en commun avec les thérapies cognitives classiques :

- Nous ne sommes pas nos pensées.

- Nos pensées ne sont que des créations de notre esprit, elles ne reflètent pas la réalité, elles ne sont pas des faits.
- L'attention est portée essentiellement sur le présent, à l'inverse de la psychanalyse par exemple.

Ce qui caractérise la MBCT est une attitude d'ouverture, d'acceptation, de curiosité, de ce qui peut arriver à la conscience (pensées, sentiments, émotions, sensations), le but n'étant pas de modifier ce contenu, mais de changer nos relations à ces pensées, sensations, sentiments.

Une attente d'un changement restreignant la perception de l'expérience, on apprend par l'expérience directe, par prise de conscience du vécu, et non par une interprétation intellectuelle. On est invité à "se libérer du connu" (comme le proposait Krishnamurti pour qui aucun livre, aucune autorité, aucun maître ne donneront la vérité, et qui préconisait aussi le lâcher-prise et l'acceptation).

Les rechutes dépressives sont initiées par une plus grande tendance à la rumination mentale, et par le fait qu'une légère altération de l'humeur peut entraîner un changement important et dévastateur dans les schémas de pensée.

La pleine conscience, en encourageant une relation décentrée par rapport aux contenus mentaux, et en facilitant la reconnaissance des changements d'humeurs, permet de lutter plus efficacement contre ces rechutes : Elle diminue en effet de moitié les risques de rechute après au moins trois accès dépressifs, par rapport aux autres thérapies.

C.H.